Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 grudnia 1882. **№ 51.** **Rok XXI.**

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1883 **rok dwudziesty drugi** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w **K r a k o w i e** Administracyja, nadto w **W a r s z a w i e** pp. Gebethner i Wolff, w **P a r y ż u** p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

IV.

Śmierć gwałtowna lub naturalna.

Fenna H. d. 5 listopada uderzoną została przez męża swego w głowę; w kilka dni późniéj widziano ją atoli bawiącą się na weselu; d. 23 listopada powróciwszy znów z wesela ze wsi sąsiedniéj czuła się słabą, stękała od bólu, jednak załatwiała jeszcze roboty domowe, aż mąż kazał jéj położyć się na piecu, gdzie ją nad ranem znaleziono nieżywą; w izbie spał mąż i synek 6-letni.

S e k c y j ę uskutecznił d. 24 listopada Dr. X. (lekarz drugi nie przybył z przyczyny od niego niezależnéj). Protokół sekcyjny opiewa jak następuje: Zwłoki kobiety wzrostu miernego, budowy ciała dość silnéj, tuszy dobréj, l. 26—28 liczyć mogącéj; skóra na twarzy, podbródku, w okolicy stanów barkowych, na stronie zewnętrznéj prawéj odnogi górnéj, po prawéj stronie klatki piersiowéj, na odnogach dolnych r ó ż o w o zabarwiona; włosy długie, nieczesane; powyżéj lewéj połowy czoła widać na głowie ranę nieforemną, 3 cm. długą a 1 cm. szeroką, krwią zaschłą pokrytą i tylko skórę przenikającą; jest to rana dawniejsza, gojąca się; obie spojówki gałkowe kropkami krwawemi pokryte; z nosa sączy się krew płynna, zanieczyszczona masą podobną do łusek; na szyi z przodu po stronie prawéj krtani dwa zadarcia przyskórka pergaminowe, z których jedno zewnętrzne prawie 1 cm. długie, a 3 milim. szerokie, postaci eliptycznéj, drugie zaś takiéj saméj szerokości a 2½ cm. długie; zdarcie zewnętrzne znajduje się w okolicy tętnicy szyjnéj prawéj, podczas gdy drugie umiejscowione już w okolicy prawéj strony krtani; na stronie lewéj krtani widać tylko podbiegnięcie krwawe wielkości ½ fasoli; po nacięciu okazują się te zdarcia pergaminowe grubości skóry, nie tyczące się tkanki komórkowatéj; na plecach po prawéj stronie stosu pacierzowego zdarcie przyskórka wielkości centa, pergaminowe, a to w okolicy ostatnich żeber; w blizkości téj rany znajduje się zdarcie przyskórka kabłąkowate o ostrych brzegach, 1½ cm. długie; na stronie zewnętrznéj ramienia prawego zdarcie wielkości bobu. Ogłowie dość silnie z czaszką spojone, czaszka gruba; opona twarda w krew obfita; opony miękkie mało zawierają krwi, istota mózgowa miękka, blada, w komórkach nieco płynu surowiczego; zatoki żylne zawierają dużo krwi rzadkiéj, dziegciowatéj; płuca wielkie, wolne, na powierzchni zewnętrznéj marmurkowo zabarwione, gąbczaste

przy nacięciu trzeszczące, w krew ciemną dziegciowatą obfite; serce wielkości prawidłowej, tłuszczem pokryte; mięsień twardy; komórki próżne, prawidłowe; wątroba dość wielka, brunatno zabarwiona, na rozkroju krew ciemną, dziegciowatą obficie wydzielająca; śledziona barwy ciemno-czerwonéj, istota jéj miękka, nie bardzo w krew obfita; żołądek zawiera trochę płynu żółtawego, zresztą prawidłowy; jelita gazami wydęte, próżne; nerki zbite i w krew obfite; organa płciowe wewnętrzne prawidłowe; pęcherz zawiera nieco moczu brunatnego.

Na podstawie tego wyniku sekcyi Dr. X. wydał następujące orzeczenie:

Przy oględzinach zewnętrznych uderza naprzód rana na głowie, która ze względu na wielkość zadaną być mogła narzędziem ciężkiém, grubém, przynajmniéj na 2 tygodnie przed śmiercią, a ponieważ znaleziono ją w stanie gojenia, należy ją uznać za ciężką, wymagającą 20—24 dni do zagojenia, w którym to czasie uszkodzona tylko do lekkiéj pracy domowéj zdolną być mogła. Zachodzi teraz pytanie, czy nagła śmierć Fenny H. pozostaje w związku z tą ciężką raną na głowie lub nie?

Z dalszego wywodu tak oględzin zewnętrznych jak wewnętrznych wynika całkiem inna przyczyna śmierci. Pergaminowe zdarcie naskórka na przedniéj stronie szyi jakotéż na prawéj stronie klatki piersiowéj, daléj skóra różowo zabarwiona, obfitość w krew opony twardéj, płuc, wątroby i nerek, wreszcie krew płynna, dziegciowata przemawiają za śmiercią wywołaną przez uduszenie, a to tém bardziéj, gdy dla braku innych zmian chorobowych inny rodzaj śmierci wykluczyć trzeba. W obec tak wybitnych objawów uduszenia trudno więc i ranę na głowie uważać za przyczynę śmierci.

Uduszenie to musiało nastąpić w skutek dławienia, a to w ten sposób, że Fenna H. ręką osoby drugiéj uciśniętą została w okolicę szyi, tak że oddychanie, wstrzymane przez czas jakiś, uduszenie wywołało. Za tém przemawiają opisane pergaminowe zdarcia na szyi, a zdarcia podobne na klatce piersiowéj i ramieniu prawém świadczą o walce i obronie.

Obwiniony małżonek podał, że Fenna w dzień przed śmiercią cierpiała ból koło serca i głowy, że przed południem położyła się na piecu, i stękała ciągle z powodu bólu; w nocy prosiła go o wodę, któréj jéj podał a nad ranem zajrzawszy do niéj spostrzegł, że już nie żyje. Sędzia śledczy zapisał uwagę, że obwiniony drżał na ciele, gdy mu okazano zwłoki żony i znaki na szyi znalezione.

Oskarżony o morderstwo stanął d. 3 marca przed trybunałem przysięgłych. Obducent Dr. X. wezwany jako świadek powtórzył swoje spostrzeżenie i orzeczenie na wstępie śledztwa wydane. Wezwani jako znawcy lekarze sądowi Dr. Y. i chirurg Z. mieli pewne wątpliwości i dlatego zadali obducentowi pytania: Czy po nacięciu znaków na szyi znalazł podbiegnięcie krwi? Czy w sercu były skrzepy? Na pytanie pierwsze Dr. X. odpowiedział twierdząco, na pytanie drugie przecząco.

Orzeczenie znawców do rozprawy wezwanych opiewało jak następuje:

Wybitniejsze zmiany znalezione przy sekcyi przemawiają za tém, że przyczyną śmierci Fenny było wstrzymanie wymiany gazów we krwi skutkiem porażenia czynności organów oddechowych.

Znaki, znalezione po bokach szyi, jeżeli po nacięciu ich rzeczywiście znaleziono wylanie krwi, czynią śmierć z uduszenia, względnie z zadławienia najprawdopodobniejszą.

Ponieważ jednak i inne rodzaje śmierci, jak śmierć w skutek obrzęku płuc, podobne jak w tym przypadku zmiany przedstawiają, to w obec treści protokółu sekcyjnego i twierdzenia obwinionego takowych bezwzględnie wykluczyć nie można; dalej niedokrewność mózgu i jego opon (ciemna krew w zatokach żył nie jest objawem przekrwienia) nie zupełnie odpowiada śmierci z zadławienia; przeto rodzaj ten śmierci w przypadku niniejszym uważamy wprawdzie za najprawdopodobniejszy, ale z pewnością bezwzględną twierdzić tego nie możemy.

Co się tyczy rany na głowie, odnoszącéj się tylko do części miękkich, to stanowi ona uszkodzenie lekkie i nie pozostaje w związku ze śmiercią.

Z powodu tego orzeczenia odmiennego nieco od zdania obducenta prokurator rządowy zażądał odniesienia się do Wydziału lekarskiego; Sąd uczyniwszy zadość temu żądaniu odroczył rozprawę i prosił Wydziału lek. o zdanie, które brzmiało jak następuje:

1) Z protokółu sekcyjnego wynika tyle tylko, że u Fenny H. znaleziono mocne przekrwienie płuc oraz krew nawpół płynną. Zmiany te dowodzą, że śmierć Fenny H. nastąpiła szybko bez dłuższego konania, ale nie dowodzą jeszcze śmierci z uduszenia gwałtownego.

2) Otarcia przyskórka znalezione na szyi nie stanowią dowodu, że Fenna H. była dławioną, albowiem

a) nie ma w protokóle wzmianki o nacinaniu tych miejsc podejrzanych, a jakkolwiek obducent przesłuchany jako świadek śród rozprawy oświadczył, że miejsca te były krwią podbiegłe, to jednak trudno polegać na tém oświadczeniu, w 3 miesiące przeszło po sekcyi uczynioném, a to tém mniéj, o ile i przy innych zmianach nie ma nigdzie wzmianki o nacinaniu;

b) otarcia w mowie będące i pod względem umiejscowienia oraz postaci swéj nie odpowiadają otarciom lub sińcom pozostałym po ucisku palcami; wreszcie

c) znaleziono podobne otarcia na ramieniu prawém a nawet i na grzbiecie, — które już żadną miarą nie odnoszą się do dławienia.

3) Z tych powodów nie ma podstawy do przypuszczenia, jakoby F. H. była dławioną, a tém samém nie ma dowodu, jakoby umarła z uduszenia przez osobę drugą wywołanego.

4) Co było przyczyną przekrwienia płuc, które w danym razie na podstawie protokółu sekcyjnego za jedyną przyczynę śmierci uważać należy, tego tłumaczyć nie można. Z akt wynika, że F. H. już na dzień przed śmiercią była mocno słabą i skarżyła się na „ból głowy i serca;“ w protokóle sekcyjnym atoli nie ma żadnéj podstawy do wyjaśnienia, czy F. H. była schorzałą lub nie.

5) Uderzającą jest rzeczą, że wszystkie plamy trupie opisane są jako różowe, a zabarwienie to uderzające obducent przytacza nawet w orzeczeniu swojém. Jeżeli uwzględnimy to zabarwienie niezwykłe obok przekrwienia płuc oraz leżenia Fenny H. na piecu, nasuwa się podejrzenie, czy F. H. nie umarła z zaczadzenia. Ale jest to tylko przypuszczenie, którego stwierdzenie jest obecnie niemożebném, a przeciw któremu przemawia znów krew ciemna, „dziegciowata.“

6) Obrażenie głowy opisane w protokóle sekcyjnym,

było lekkiém uszkodzeniem cielesném, połączoném z nadwerężeniem zdrowia przez dni kilka, w żadnym związku przyczynowym ze śmiercią nie pozostającém.

Że zmiany, niby cechujące śmierć z uduszenia, wcale nie są tak charakterystycznemi, jak to częstokroć lekarze sądowi przypuszczają, jest rzeczą niestety aż nadto znaną. Dlatego tylko po najskrupulatniejszém uwzględnieniu wszystkich okoliczności możemy rozpoznać śmierć z uduszenia, a śmierć z uduszenia gwałtownego, przez osobę drugą wywołanego wtedy dopiero, jeżeli za tém przemawiają zmiany zewnętrzne, których w inny sposób nie można wytłumaczyć. W przypadku powyższym nie było nawet owych zmian wewnętrznych, które mają być charakterystycznemi: nie znaleziono przekrwienia mózgu, obrzęku płuc, obfitości krwi płynnéj w komórce prawéj serca, krwi całkiem płynnéj; a więc śmierć z uduszenia nie jest dowiedzioną. Zmiany zaś zewnętrzne na szyi, mające służyć jako dowód dławienia, muszą odpowiadać pochodzeniu swemu od palców uciskających nie tylko pod względem umiejscowienia po obydwu stronach krtani lub tchawicy, ale także pod względem postaci i liczby, a co ważniejsza muszą być sprawdzone, jako wywołane za życia. W protokóle sekcyjnym nie ma wzmianki o nacięciu owych otarć, — a więc znów nie ma dowodu, że powstały za życia. Pokazuje się, że potrzeba aż do znudzenia powtórzyć najważniejszą zasadę sądowolekarską o potrzebie nacinania każdego sińca, otarcia lub rany na trupie znalezionych; albowiem jak zaniechanie tego prawidła spacza dochodzenie, tak nabawia ono znawcę niemałego kłopotu, jeżeli po upływie kilku miesięcy śród rozprawy publicznéj widzi się zmuszonym albo przyznać, że obowiązku swego należycie nie dopełnił, albo zeznać pod przysięgą, jako pamięta dokładnie, iż plamę lub otarcie naciął i przekonał się, że była połączoną z podbiegnięciem podskórném lub nie. Nie wątpimy, że obducenci nacinają każde miejsce podejrzane, i że zapominają tylko uczynić o tém wzmiankę w protokóle; ale to zapomnienie chwilowe zmusza ich do niepotrzebnego obarczenia pamięci i sumienia.

Jak dalece w ocenieniu podobnych przypadków należy być ostrożnym, wynika ztąd, że nawet na wybitnych znamionach dławienia nie można jeszcze oprzeć orzeczenia o śmierci z zadławienia. Znajdujemy zwłoki człowieka nagle zmarłego a na szyi jego sprawdzamy 4 odciski palcowe, symetrycznie ułożone a krwią podbiegłe; świadek nadto zeznaje, że denat w bitce uchwycony został za szyję przez napastnika. Nie ulega wątpliwości, że denat był w ostatnich chwilach życia dławiony, — ale cóż kiedy oględziny wewnętrzne nie przemawiają za śmiercią z uduszenia, a drugi świadek nadto zeznaje, że denat zdołał uwolnić się z rąk napastnika, że uciekał nawet, ale wnet dognany i ugodzony został w głowę kamieniem, za czém przemawia rana, wprawdzie powierzchowna, na głowie znaleziona; dopiero po tém ugodzeniu w głowę napadnięty upadł, a gdy świadkowie przybiegli na miejsce, już go zastali nieżywym. W obec braku zmian ważniejszych w czaszce i jéj treści wypadało tym razem oświadczyć się za śmiercią ze wstrząśnienia mózgu, jakkolwiek nie ulegało żadnéj wątpliwości, że poprzedziło dławienie. Orzeczenie w tym przypadku było mniejszéj wagi, ponieważ jeden i ten sam napastnik dopuścił się i dławienia i obrażenia głowy, — ale rzecz byłaby nierównie donioślejszą, gdyby dwoje ludzi było obwinionych, z których jeden dopuściłby się dławienia, a drugi obrażenia głowy.

W orzeczeniu Wydziałowém zwrócono uwagę i na różowe zabarwienie powłok zmarłéj. Jakkolwiek nie zdołano dla braku dalszych podstaw orzekać o zaczadzeniu, to jednak zabarwienie to niezwykłe jest uderzającém. Znajdujemy takowe albo na zwłokach zmarzniętych, o czém w przypadku niniejszym mowy nie ma, albo u ludzi zmarłych z otrucia kwasem pruskim i jego preparatami,—czego tu również podejrzywać nie można — a wreszcie i to najczęściéj u ludzi zmarłych z otrucia tlenkiem węgla. Jeżeli uwzględnimy, że śmierć kobiety nastąpiła w porze zimowéj, że kobieta spała na piecu, — to przypuszczenie to nabiera niejakiego uprawnienia, a brak objawów otrucia u męża i dziecka, oraz krew ciemno-czerwona w zwłokach znaleziona jakkolwiek przemawiają przeciw temu przypuszczeniu, jednak jeszcze nie wykluczają go stanowczo.

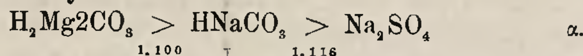
II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

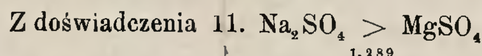
(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Zestawiając i porównywając z powyższych doświadczeń otrzymane wyniki dla wessania pojedyńczych soli, możemy ułożyć szereg wessalności tychże w żołądku.

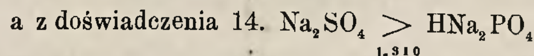
Mamy bowiem z dośw. 19.



$H_2Mg2CO_3 \underset{1.100}{>} HNaCO_3 \underset{1.116}{>} Na_2SO_4$ α.

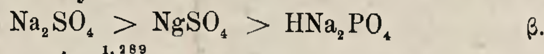


Z doświadczenia 11. $Na_2SO_4 \underset{1.289}{>} MgSO_4$

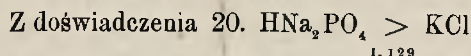


a z doświadczenia 14. $Na_2SO_4 \underset{1.310}{>} HNa_2PO_4$

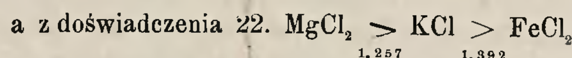
w których to dwóch ostatnich wyrazach fosforan sodowy jest daléj oddalony pod względem wessalności od siarkanu sodowego, niż siarkan magnowy, przeto będzie szereg wessalności dla tych trzech soli:



$Na_2SO_4 \underset{1.289}{>} NgSO_4 > HNa_2PO_4$ β.

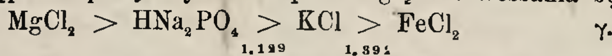


Z doświadczenia 20. $HNa_2PO_4 \underset{1.129}{>} KCl$



a z doświadczenia 22. $MgCl_2 \underset{1.257}{>} KCl \underset{1.392}{>} FeCl_2$

które to dwa ostatnie zestawienia porównane ze sobą (z pominięciem $FeCl_2$) wykazują, że najłatwiéj wessalną z tych trzech soli jest chlorek magnowy a najdaléj od niego pod względem wessania oddalony jest chlorek potasowy, przeto następstwo powyższych soli pod względem wessania będzie:



$MgCl_2 > HNa_2PO_4 \underset{1.129}{>} KCl \underset{1.391}{>} FeCl_2$ γ.

W doświadczeniu 15. wnioskowano: $Na_2SO_4 > Na_2CO_3$ δ.

Wyrazy pod α, β, γ, δ dadzą się ze sobą połączyć i pozwalają na następujące zestawienie wessalności badanych soli w jeden szereg, poczynając od najłatwiéj a kończąc na najtrudniéj wessalnéj soli w żołądku:

Węglan magnowy kwaśny, węglan sodowy kwaśny, siarkan sodowy, siarkan magnowy, fosforan sodowy, chlorek potasowy, chlorek żelazawy, chlorek sodowy. Również siarkan sodowy jest łatwiéj wessalny niż węglan sodowy obojętny, a chlorek magnowy łatwiéj niż chlorek potasowy.

Co lepiéj się uwidoczni, gdy użyjemy znaków chemicznych: i w tym to porządku wyrazy chemiczne podane na str. 522 należy zestawić.

$$H_2Mg2CO_3 \underset{1.100}{\geq} HNaCO_3 \underset{1.116}{\geq} Na_2SO_4 \underset{1.289}{\geq} MgSO_4 \geq HNa_2PO_4 \underset{1.129}{\geq} KCl \underset{1.392}{\geq} FeCl_2 \geq NaCl \; (?)$$

$$„ \geq Na_2CO_3 \quad MgCl_2 \underset{1.257}{\geq} „ \geq „$$

Sól kuchenna pod względem wessania nie da się w tym szeregu w pewném miejscu umieścić a to z powodu, że oznaczenie jéj w cieczy żołądkowéj w skutek już pierwotnie zawartéj w żołądku ilości chlorków nie da się dokładnie uskutecznić. Jednak z doświadczenia 3. jakotéż z wszystkich innych, w których użyto soli kuchennéj, należy wnioskować, że wessanie NaCl w żołądku musi być nadzwyczaj małe a może i żadne, dla tego w powyższym szeregu zajmie sól kuchenna pod względem wessania jedno z ostatnich miejsc.

Powyższy szereg dla wessania żołądkowego soli zatrzyma tylko wtenczas swą zupełną ważność, jeżeli wszystkie sole będą badane w tych samych warunkach, t. j. jeżeli ich rozczyny będą tego samego zgęszczenia, przy téj saméj ciepłocie i przez ten sam czas będą pozostawione w żołądku.

Przystępując do wyprowadzenia wniosków praktycznych dla zastosowania klinicznego z powyższych doświadczeń należy orzec co następuje:

1. Zastosowanie leków solnych w postaci węglanów kwaśnych (w ogóle w obec nadmiaru kw. węglowego) jest bardzo korzystne, gdyż wtenczas następuje nietylko szybsze wessanie tychże, lecz i mniejsze zadrażnienie błony śluzowéj żołądka, a prędsze wypróżnienie płynu z tego narządu.

2. Przez wprowadzanie cieczy alkalicznych do żołądka zmniejsza się wessanie i wypróżnienie z treści tegoż, a błona śluzowa przez nie nie bywa mocniéj zadrażnioną niż przez inne rozczyny.

3. Natomiast wprowadzenie kwasów do żołądka sprzyja i wessaniu i szybszemu wypróżnieniu żołądka z jego treści. Ztąd użycie kwasów a szczególniéj wody sodowéj w nadmiarowém przepełnieniu żołądka pokarmami jest wskazaném.

4. Obecność soli kuchennéj w żołądku nie wykazuje według powyższych doświadczeń przypuszczanych zwykle dla żołądka korzyści, gdyż ani nie przyczynia się do większego wydzielania kw. żołądkowego (chyba może pepsyny), ani do rychlejszego wypróżnienia żołądka. Ma to może znaczenie dla trawienia, że dla opóźnionego wypróżniania się żołądka treść jego może pozostawać dłuższy czas pod wpływem trawienia żołądkowego działając równocześnie przeciwgnilnie. Chcąc przeto, aby płyn jakiś dłużéj pozostał w żołądku i na jego błonę śluzową wywierał działanie, korzystnie będzie domięszać do niego soli kuchennéj albo rozczyn zalkalizować, a przez to prawdopodobnie zmniejszy się funkcyję mechaniczną żołądka, np. w stanach zadrażnienia tegoż, podczas gdy przez kwasy czynność mechaniczną żołądka się podnieci. Zmniejszeniu czynności mechanicznéj żołądka zawdzięczają prawdopodobnie niektóre leki w kardyjalgijach zastosowane swą własność uśmierzającą żołądek, jak *conchae praeparatae, magnesia carbonica, natrium carbonicum, magisterium bismuthi* i inne węglany i tlenki metaliczne.

5. Wprowadzanie leków solnych w postaci chlorków w rozczynie obojętnym do żołądka w zamiarze sprawienia wessania ich przez żołądek okazuje się niekorzystném; mniéj jeszcze korzystném pod tym względem okazuje się wprowadzanie węglanów obojętnych, które albo wcale nie ulegają wessaniu, albo tylko o tyle, o ile się w żołądku na chlorki zamieniają.

Tu należy wspomnieć jeszcze o chlorku żelazawym, który okazał się najtrudniéj wessalnym ze wszystkich soli badanych. Uwzględniając wessalność węglanów kwaśnych (magnowego i sodowego) należy i o żelazie przypuścić, że najłatwiéj wessalną formą tegoż będzie prawdopodobnie także węglan kwaśny, coby tłumaczyło różnicę w skutkach terapeutycznych przetworów aptecznych żelaza a szczawów żelezistych.

6. Dla przyspieszenia wypróżnienia korzystny jest mierny ruch.

7. Po wprowadzeniu pół litra płynu do żołądka należy przypuszczać, że po upływie godziny zaledwie czwarta część płynu może się jeszcze w żołądku znajdować, a jeżeli tym płynem jest woda czysta lub zakwaszona, to jéj wcale w nim już nie ma. Zadając więc leki płynne można w godzinę po wprowadzeniu tychże do żołądka na spożywanie pokarmów zezwolić bez obawy, aby one przez nie zostały rozrzedzone lub chemicznie zmienione.

Nagromadzenie jak najliczniejszych doświadczeń przedsiębranych w powyższym kierunku rokuje w ogóle dla postępu w leczeniu wewnętrzném a w szczególności dla balneoterapii znaczne korzyści. Dokładniejsze wyniki i większe korzyści jeszcze będzie można otrzymać, uskuteczniając doświadczenie na podstawie oznaczenia całkowitéj ilości płynu (zatém i soli) zawartego w żołądku, co da się uskutecznić bardzo dokładnie za pomocą rozczynów miareczkowanych (obacz Przegląd Lek. Nr. 34, 1882) lub barwików, najstosowniéj barszczu burakowego. (Obacz *Medycyna*, 1882, Nr. 37), a których to sposobów podczas wykonywania powyższych doświadczeń jeszcze nie znałem i dopiero w kilku doświadczeniach ogłoszonych w ostatnich numerach *Medycyny* zastosować mogłem. Wyniki otrzymane z tych ostatnich doświadczeń są zgodne z wypadkami w téj pracy przytoczonemi.

III. Oceny i sprawozdania.

Ehrlich: **Kwas sulfoanilowy jako środek rozpoznawczy w niektórych chorobach gorączkowych.**

Charakterystyczną reakcyję wywołuje w moczu osób, dotkniętych pewnemi chorobami gorączkowemi, odczynnik, który Ehrlich przyrządza w następujący sposób: Do większéj ilości wody (około 500 cm. sz.) dodaje czystego kwasu azotowego (20—50 cm. sz.), a następnie tyle kwasu sulfoanilowego, aby nadmiar nierozpuszczony pozostał na dnie naczynia. Do mięszaniny téj dolewa potém zwolna, wśród kłócenia płynu, rozczynu azotanu sodowego, otrzymanego przez rozpuszczenie kilku ziarnek téj soli w wodzie w rurce odczynnikowéj. Mając taki odczynnik uskutecznia on próbę w ten sposób, że do naczyńka napełnionego w trzeciéj części moczem chorobowym wlewa równą objętość wspomnionego płynu, a następnie dodaje amonijaku lub ługu potasowego, skutkiem czego w pewnych chorobach gorączkowych występuje w moczu silne zabarwienie karminowe lub szkarłatne, którego każdy odcień, szczególniéj na pianie, z łatwością oznaczyć się daje. W żadnéj innéj chorobie, któréj nie towarzyszy gorączka, zabarwienie to nie występuje; natomiast choroby gorączkowe ze względu na swe zachowanie się w takim razie rozpadają się na trzy grupy. Do pierwszéj należą takie, w których reakcyja ta prawie zawsze występuje, jak np. dur brzuszny i odra. W drugiéj grupie reakcyja ta nie zawsze, raz częściéj, drugi raz rzadziéj się

pojawia. Tu należą róża, gruźlica prosówkowa, zapalenie opłucny, szkarlatyna, zimnica etc. Do trzeciéj wliczają się takie choroby gorączkowe, w których prawie nigdy się nie pojawia, jak zapalenie płuc dławcowe i błonica. Spostrzeżenia swe pod tym względem streszcza Ehrlich w następujących uwagach:

1) Wspomniana reakcyja jest jedném z najstalszych znamion duru brzusznego od połowy pierwszego tygodnia, tak że brak jéj czyni rozpoznanie duru wątpliwém.

2) Te przypadki duru brzusznego, w których reakcyja ta tylko mało jest wyraźną i przez krótki czas się utrzymuje, mają zazwyczaj przebieg bardzo łagodny.

3) Jeżeli reakcyja ta ustępuje już w pierwszym okresie duru, to przy braku powikłań z chorobami, do drugiéj grupy się zaliczającemi, należy w następnych 3—5 dniach spodziewać się zwolnień w ciepłocie.

4) Rozumie się samo przez się, że reakcyja ta nie może stanowić podstawy do rozróżnienia duru brzusznego od chorób drugiéj grupy.

5) Pojawienie się jéj w zapaleniu płuc dławcowém każe się domyślać spółczesności pewnych powikłań.

6) W suchotach płucnych stanowi pojawienie się jéj *signum mali ominis.*

7) Jeżeli reakcyja ta w jakim przypadku chorobowym mimo braku gorączki przez dłuższy czas się utrzymuje, nasuwa się podejrzenie, że suchoty płucne istnieją. (*Zeitschrift f. klin. Med.* V Bd. II Heft). *Dr. Wolfram.*

H. Kümmell (w Hamburgu): **O nowym sposobie opatrywania ran i o użyciu sublimatu w chirurgii.**

Jakkolwiek wszyscy chirurdzy uznają doniosłość wynalazku Listera, mimo to ciągle przemyśliwają nad zmianami dążącemi już to do uproszczenia, już też to do wydoskonalenia téj w zasadzie ogólnie dzisiaj przyjętéj metody. To téż autor przechodzi wszystkie nowsze zmiany i dodatki i wyprowadza logicznie konieczność opatrunku przez siebie podanego, który nazywa opatrunkiem nieorganicznym. Omawia on najprzód genezę opatrunków przeciwgnilnych proszkowych (*Pulververbände),* do których dał przedewszystkiém pochop Mosetig swym proszkiem jodoformowym. Jodoform posunął z jednéj strony technikę operacyjną i opatrunkową bardzo wysoko, albowiem doprowadził nas do wykształcenia metody przeciwgnilnéj w operacyjach wykonywanych w jamach ciała, jak np. jamie ustnéj, pochwowéj itd.; z drugiéj zaś strony wywołał przez nadużycie obawę zatrucia, któréj następstwem było wprowadzenie nowych opatrunków jak Küstera z proszku salicylowego, Fischera z naftalinu, Kochera z podazotanu bizmutu, Esmarcha i Neubera z torfu (*Torfmulldauerverband)* a w końcu Volkmanna z mięszaniny sproszkowanego węgla z octowinianem glinu. Nie da się zaprzeczyć, że osobliwie trzema ostatniemi metodami osiągnięto rezultaty nadzwyczaj świetne, okoliczność jednak, że dwie z nich połączone są z nieodstępném mechaniczném zanieczyszczeniem ran, trzecia zaś (torf) składa się z organicznych tworów wymagających koniecznie pomięszania z jodoformem, którego niektórzy chirurdzy po smutnych doświadczeniach pozbyć się chcieli, dała powód do szukania jeszcze lepszych środków przeciwgnilnych. Prace Kocha, naukę na nowe tory popychające, zwróciły uwagę na sublimat rtęciowy jako środek, który w rozcieńczeniu 1:1000 stanowczo najuporczywsze zarodniki zabija a jeszcze w rozczynie 1:5000 rozwój tychże powstrzymuje. Temi doświadczeniami zachęcony zaprowadził Schede w swym ogromnym, bo 300 łóżek liczącym, oddziale chirurgicznym w szpitalu hamburskim od listopada r. z. sublimat w obu powyższych rozcieńczeniach jako wyłączny płyn przeciwgnilny, zatrzymując karbol tylko do rozpylacza i do zanurzania narzędzi, które pomimo powłoki niklowéj bardzo łatwo od sublimatu się psują. W tymże celu wyrabiano także $^1/_2$ proc. gazę i watę sublimatową, takiż jedwab, katgut i oléj. Gdy wyniki temi środkami osiągnięte okazały się zachęcającemi, zaczęto szukać sposobów, ułatwiających użycie sublimatu i w formie proszku, co można zrobić tylko za pomocą objemców łatwo i pewnie dających się sprowadzić w stan aseptyczny a przez dodanie sublimatu mogących się stać antyseptycznemi. W tym celu wybrano materyje nieorganiczne, które bez nadwerężenia swéj spójności z łatwością mogły się stać aseptycznemi przez zadziałanie stężonych kwasów mineralnych. W pierwszym rzędzie nasuwał się proszek szklany otrzymywany przez dokładne rozmiażdżenie szkła. Jeszcze tańszym i łatwiejszym do nabycia okazał się zwykły dobrze oczyszczony i przez cienkie sito przesiany piasek *(Quarzsand),* który po dokładném wyprażeniu polewa się tuż po oziębieniu rozczynem sublimatu w eterze (10:100 na 10 kgm. piasku). Każde ziarnko piasku pokryte jest mikroskopijnie wykazać się dającemi kryształkami sublimatu. Piaskiem takim wypełnia się rany jamiste i zatokowate i przykrywa kilkoma warstwami gazy sublimatowéj i pozostawia tak przez kilkanaście dni, a nawet kilka tygodni, co najwięcéj zmienić należy powierzchowną warstwę gazy. Rany takie pozostają aseptycznemi, nie cuchną, są nader suche a częstokroć po usunięciu strupów piaskowych w głębi całkiem zagojone. Przebieg odznacza się nawet brakiem gorączki t. zw. aseptycznéj, tak często podczas używania jodoformu się wydarzającéj. Wgojenia tu i owdzie ziarnka piasku, zresztą nieszkodliwego, nie spostrzegano, aby jednak zapobiedz wciskaniu się tychże w głąb ran szytych, pokrywano je tworem szklanym z bardzo delikatnych włókienek szklanych złożonym a watą szklaną zwanym, odpływ zaś wydzielin z rany ułatwiono za pomocą sączków szklanych włosowatych, t. j. warkoczyków kilkakroć z cieniuchnych włókien szklanych splecionych. Dla uproszczenia manipulacyi ujęto piasek w aseptyczną tkaninę bawełnianą, z czego powstały poduszeczki czyli materacyki piaskowe, które znów wkrótce zastąpiono poduszeczkami z popiołu, osobliwie branego z przestrzeni za kotłami się znachodzącéj *(Flugasche),* który odznacza się lekkością i delikatnością a będąc złożonym z kwasów siarczanego, fosforowego, krzemowego, wapna, magnezyi i glinu daje doskonały i tani objemiec nieorganiczny. Ktoby nieszczędził kosztów, może użyć do poduszeczek tych tkaniny z azbeztu. Całość przytrzymuje się opaską mulową, przez co otrzymujemy dokładny nieorganiczny opatrunek, który śmiało przez tygodnie można na ranie pozostawić. Wata, czyli wełna szklana (*Glaswolle),* odgrywa tu rolę ochraniacza *(protective),* ułatwia nadto wessanie i daje się łatwo silnemi kwasami lub alkalijami odrażać, co umożebnia w danym razie kilkakrotne jéj użycie. Dreny szklane otrzymuje się w dowolnéj grubości przez splecenie kilku wiązek t. zw. jedwabiu szklanego, który w handlu znachodzi się w równych do 3 metrów długich pasmach. Główną zaletą ich jest to, że nawet sączek bardzo cienki, np. grubości zapałki, jeszcze działa dokładnie, gdyż za pomocą włosowatości i z tego też powodu ani ucisk ani zagięcie nie są w stanie przerwać tego działa-

nia odbywającego się tak na dół jak i do góry. Jedna tylko jest niekorzyść, że sączki te kwalifikują się tylko do odprowadzania świeżéj wydzieliny przyrannéj, gdyż ropa zapycha swemi masami ciałek przewody włosowate. W razie więc ropienia należy użyć sączków gumowych. Sączki pozostają 10—14 dni, dla tego też przed tym czasem nie ma potrzeby zmieniać opatrunku; prawie wszystkie rany goiły się pod dwoma opatrunkami. Przebieg bywa bezgorączkowy tak, że nawet tak zwana gorączka aseptyczna należy do wyjątków. Udanie się rychłozrostu i to niezwykle dokładnego jest prawie pewném. W końcu wykazuje autor łatwość w zakładaniu tego opatrunku, pewność w utrzymaniu aseptyki a przedewszystkiém taniość. Z dołączonego schematu obejmującego kilkadziesiąt najróżnorodniejszych przypadków w ten sposób leczonych dana jest możność przekonania się o prawdziwości powyższych wywodów. Autor spodziewa się, że i w chirurgii polowéj znajdzie ten sposób zastósowanie. (*Arch. f. klin. Chirurgie* XXVIII, 3). *A. O.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIII Posiedzenie zwyczajne dnia 5go lipca 1882 r.

Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 10.

1) Kol. Zarewicz odczytał list prof. Arlta wystosowany do Tow. z podziękowaniem za mianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Kol. Wolfram odczytał drugą część swéj rozprawy, która w całości da się streścić jak następuje:

Ważenia dokonane w klinice lekarskiéj krakowskiéj na kilkudziesięciu chorych z chorobami gorączkowemi ostremi doprowadziły autora do wyników w części zgodnych z dotychczasowemi zapatrywaniami, w części zaś odmiennych, przyczém wykazać się dał pewien przyczynowy związek między pierwotném odżywieniem chorego, torem gorączki, jéj nasileniem, pewnemi swoistemi przypadami chorobowemi z jednéj, a zachowaniem się wagi ciała z drugiéj strony. Przedewszystkiém stwierdzić można było, że ciężar ciała w największéj części przypadków ubywał stale i systematycznie, dopóki utrzymywała się gorączka, ubytki te jednak nie zawsze i nie przy każdym jéj torze były jednakie, a co ważniejsza, w większéj części przypadków mniéj znaczne, niż to utrzymują autorowie. W ogólności gorączka, jeżeli sprawy chorobowéj nie wikłają inne szkodliwie na odżywianie oddziaływające czynniki, jak wymioty, brak znaczniejszy apetytu, silniejsza biegunka lub obfitsze poty, zaznacza się wcale nieznacznemi ubytkami na wadze, chociaż ubytki te niewątpliwie są znów znaczniejsze niż to Senator przypuszcza. Zdarzają się jednakowoż przypadki, gdzie ubytek ten, mimo dłużéj trwającego i znaczniejszego stanu gorączkowego, jest istotnie tak mały, że nie da pogodzić się z teoryją szukającą przyczyny gorączki w zwiększonéj produkcyi ciepła skutkiem żywszéj przemiany pierwiastków, ale raczéj przemawia za teoryją Traubego, upatrującą przyczyny stanu gorączkowego w zwiększoném promieniowaniu ciepła. Co więcéj, ważenia te wykazały, że ciężar ciała, mimo gorączki przemijająco podnieść się może, co się szczególniéj zdarza przy znaczném nasileniu gorączki, gdy takowa nie okazuje silniejszych zwolnień lub przestanków. Ubytek ciężaru ciała nie stoi zatém w prostym stosunku do nasilenia gorączki, jak to niemal powszechnie jest przyjętém, ale też i strata, jaką skutkiem niéj organizm w danéj chwili ponosi, nie daje nam wcale miary spustoszenia, jakie za sobą już pociągnęła. W chorobach gorączkowych, szczególnie przy torze gorączki ciągłym, ciężar ciała właściwie dopiero po jéj przełamaniu znaczniejszemi ubytkami na wadze się zaznacza. Tłumaczy się to zwiększoną wówczas diurezą, obfitszemi potami, w ogóle zwiększonym wywozem produktów rozkładowych, nagromadzonych w organiźmie skutkiem żywszego spalania się w gorączce. Przydarzyć się nawet może, że przy dobrze utrzymanym apetycie, a względnie nieupośledzoném trawieniu i wsysaniu, ciężar ciała powiększa się stale i systematycznie. Obok przypadków Uffelmanna dotyczących osesków, jakotéż chorego, na którym Trendelenburg wykonał gastrotomiję, świadczy o tém przypadek ostrego swoistego zapalenia stawów, obserwowany w klinice gdzie mimo znaczniejszego stanu gorączkowego ciężar ciała w przeciągu dni 10 powiększył się o 2·80kg. Przyczynę zjawiska tego odnieść jedynie można było do dobrze utrzymanego apetytu, jaki znamionował cały przebieg choroby, niewątpliwie zatém do dobrze utrzymanego trawienia i wsysania. Zresztą rozstrzygającemi czynnikami w zachowaniu się wagi ciała było zawsze pierwotne odżywianie i tor gorączki. Im chory jakiś, pod padłszy pewnéj chorobie gorączkowéj, korzystniéj był odżywiany, im mniéj utracił na wadze, bądź to skutkiem chorób poprzednich, bądź też w téj saméj chorobie, wtedy tém silniejszy ubytek na wadze można było zauważyć. Tak samo, im gorączka zresztą wysoka, po pewnym czasie swego trwania, wyraźniejsze okazywać zaczęła zwolnienia, im w zwolnieniach tych na niższe stopnie ciepłoty schodziła, tém wyraźniéj malał też i ciężar ciała. Przy torze gorączki ciągłym, ubytki wśród trwania gorączki były zawsze najmniejsze, albo ich nie było wcale, co więcéj nawet przemijający przybytek zauważyć się dawał.

W poszczególnych chorobach gorączkowych ciężar ciała zachowywał się rozmaicie, zależnie od toru gorączki i wikłających sprawę chorobową ubocznych czynników. I tak w zapaleniu płuc. W tych przypadkach, gdzie względnie wysoka gorączka przedstawiała tor ciągły, ciężar ciała okazywał z dnia na dzień tylko bardzo nieznaczne ubytki (od 0·10 do 0·30kg.). Im tor gorączki był mniéj regularnym, im częściéj obok ciepłot wysokich zjawiały się silniejsze zwolnienia, im na niższe stopnie ciepłoty gorączka w tych zwolnieniach zstępowała, tém znaczniejszemi były ubytki na wadze (0·70—1·0kg.). W dniach bezpośrednio wyprzedzających przesilenie, gdzie sprawa chorobowa tak co do stopnia gorączki, jak i co do zmian miejscowych w płucach, w największém znajdowała się nasileniu, a gdzie zwolnień w ciepłocie nie było prawie żadnych, zjawiały się bardzo często zazwyczaj jednorazowe, niekiedy dosyć pokaźne przybytki (od 0·40 do 0·80kg.), lub jak w innych przypadkach, ciężar ciała nie opadał, ale utrzymywał się na téj saméj wyżynie. Każda silniejsza przez dłuższy czas trwająca biegunka sprowadzała już w okresie gorączkowym znaczniejszy ubytek na wadze. W przesileniu, gdzie zwolnienie jest najznaczniejszém, a równocześnie ciepłota dosięga stopni normalnych, często subnormalnych, ubytek był najznaczniejszym (0·50—0·90kg.). W ogóle zaś powiedzieć można, że im mniéj chorzy utracili na wadze w okresie gorączkowym, tém silniejszy zauważyć się dawał ubytek w kryzys. W okresie uzdrowienia ciężar ciała mimo ciepłoty normalnéj i poprawy łaknienia, zmniejszał się jeszcze zazwyczaj przez pewien czas, okazując raz większe, drugi raz mniejsze ubytki. Obok przypadków tych, stanowiących niemal ogólne prawidło, zdarzały się jednak i takie, gdzie ciężar ciała zaraz po przełamaniu się gorączki podnosił się w górę. Wielkość ubytków jak i przeciąg czasu, przez jaki spostrzegać się dawały, była rozmaitą w tym okresie, zależnie od tego, czy osoba popadłszy w sprawę zapalną, była dobrze odżywioną, lub już poprzedniemi chorobami więcéj wyniszczoną, jakotéż od tego, ile już w dwu poprzednich okresach utraciła na wadze. W durze plamistym wśród trwania stanu gorączkowego ciężar ciała systematycznie zaznaczał się ubytkiem na wadze, chociaż, podobnie jak w zapaleniu płuc, w niektórych przypadkach chwilowo podnosił się w górę. Ubytki na wadze szczególniéj wtedy pokaźną przedstawiały wartość, gdy po pewnym czasie trwania wysokiéj gorączki takowa przybrała wreszcie tor wyraźnie zwalniający. I tak uderzającą była spółczesność znaczniejszego ubytku na wadze ze znaczniejszém zwolnieniem ciepłoty z końcem pierwszego tygodnia. Gdzie jednak gorączka torem swoim w durze plamistym zbliżała się do toru ciągłego w zapaleniu płuc, tam ubytki z dnia na dzień, jak i z całego okresu były bardzo nieznaczne i niemal dorównywały ubytkom w zapaleniu płuc. W przesileniu ubytek, średnio biorąc, nigdy nie był tak znacznym jak w zapaleniu płuc, a niekiedy ciężar ciała od razu zamiast się pomniejszać, powiększać się począł. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie już w okresie gorączkowym pojawiały się znaczniejsze ubytki na wadze, odpowiednio do silniejszych remisyj, w kryzys od razu zauważyć można było przybytek na wadze. W okresie bezgorą-

czkowym podobnie jak w kryzys, ciężar ciała jeszcze przez jakiś czas malał lub też od razu podnosił się z dniem każdym. W durze brzusznym w okresie drugim, gdy gorączka przedstawiała tor ciągły, wyniki ważenia były zupełnie podobne do tych, które uzyskano w zapaleniu płuc. Podobnie też jak w poprzednich chorobach przydarzało się i tutaj, że mimo wysokiéj ciepłoty, jaka zazwyczaj towarzyszy gorączce ciągłéj, ciężary ciała wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, przez jakiś czas na téj saméj utrzymywały się wysokości lub nawet nieznaczny okazywały przybytek. W trzecim okresie duru brzusznego, odpowiednio do silniejszych remisyj, jakie go cechują, pojawiały się i znaczniejsze ubytki na wadze. Silniejsza biegunka, jaka szczególniéj w tym okresie pojawiać się zwyka, zwiększona diureza i obfitsze poty tłumaczyły zjawisko to dostatecznie. W czwartym okresie ubytki na wadze były nieporównanie mniejsze, największe jeszcze z pojawieniem się pierwszéj intermisyi. Nie brak było także przypadków, gdzie już w okresie tym zamiast ubytku mogliśmy zauważyć przemijający, raz nawet stały, przybytek na wadze. Intermisyje w gorączce, ustąpienie biegunki, budzący się na nowo apetyt i dokonany już wywóz produktów rozkładowych w okresie trzecim niewątpliwą były zjawiska tego przyczyną. W okresie krytycznym ubytek na wadze, jeżeli się pojawiał, był mniejszym aniżeli w dwu poprzednich chorobach; natomiast dosyć często zamiast niego w czasie tym już przyrost zauważyć się dawał. W okresie ozdrowienia ciężar ciała zwiększał się już systematycznie z dnia na dzień, jeżeli naturalnie nie stały temu na przeszkodzie żadne powikłania, nie korzystnie na stan odżywienia wpłynąć mogące. W zapaleniu opłucnéj surowiczém lub surowiczo włóknikowém przy miernym stanie gorączkowym, ciężar ciała, pomijając drobne wahania w obydwu kierunkach, na téj saméj utrzymywał się wysokości, gdy apetyt był dobrze utrzymany, a obok tego brak wszelkich powikłań. Gdy jednak apetyt był upośledzony lub zupełnie zniesiony, gdy sprawie chorobowéj towarzyszyła biegunka lub wyraźniéj zaznaczały się zmiany w szczytach, tam w wspomnianém już nasileniu gorączki stwierdzić można było raz większe, inną razą mniejsze ubytki. W dniu, w którym gorączka stanowczo się przełamała, ciężar ciała niemal we wszystkich przypadkach przedstawiał ubytki, i to tém większe, im mniéj chory, zresztą dobrze odżywiony, utracił na wadze w czasie trwania stanu gorączkowego. W okresie ozdrawiania w niektórych przypadkach ciężar ciała jeszcze przez czas jakiś się zmniejszał, okazując następnie przybytki, u jednych znaczniejsze, u innych mniéj znaczne, zależne od jakości łaknienia, pierwotnego stanu odżywienia i towarzyszących sprawie chorobowéj powikłań. W przypadkach, gdzie od samego początku stwierdzono stan bezgorączkowy, ciężar ciała zwiększał się stale, okazując wsteczne wahania tylko wtedy, gdy w ciągu obserwacyi wystąpiła biegunka lub zimnica. W zapaleniu stawów ostrém ubytki dzienne, podobnie jak i ubytki z całego czasu trwania gorączki były największe, a to niewątpliwie skutkiem obfitych potów, stanowiących niemal charakterystyczne znamię téj choroby. Tor gorączki również nie pozostawał tutaj bez wpływu. Ile razy bowiem po pewnym czasie trwania wyższéj gorączki ciepłota znaczniéj się obniżyła, zawsze na czas ten padały najznaczniejsze ubytki na wadze. Z chwilą stanowczego przełamania się gorączki zjawiały się także nowe ubytki, zawsze jednak mniejsze aniżeli w zapaleniu płuc lub w durze plamistym, a czas na jaki się przewlekały, zazwyczaj był bardzo krótki. W zapaleniu stawów przewlekłém, gdy mu nie towarzyszyła żadna gorączka, a apetyt był dobrze utrzymanym, ciężar ciała zwiększał się systematycznie.

Jakkolwiek zatém biorąc ogólnie, ubytki na wadze w chorobach gorączkowych ostrych, nie są tak znaczne, aby śmierć jedynie skutkiem inanicyi nastąpić mogła, zawsze jednak, ze względu na zwyrodnienie narządów miąższowych, ubytek ciałek krwi, ważność wystąpienia biegunki, wymiotów i innych szkodliwie na odżywienie ogólne wpływających przypadów, odpowiednie żywienie chorego, mimo istniejącéj gorączki, tém bardziéj jest wskazaném, że przy odpowiedniém żywieniu gorączka mniéj niekorzystnie wpływa na zmniejszenie się ciężaru ciała, aniżeli wśród dyjety zupełnie ścisłéj.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Warschauer i Ponikło.

Na tém posiedzenie zakończono. Dr. *Jan Rosner.*

V. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Co do kwestyi pochodzenia cholery wybuchłéj w Arabii to tylko wiadomo, że jednocześnie zaraza grasowała w licznych punktach Indyj angielskich, zwłaszcza w Lachorze, gdzie zdziesiątkowała tameczny garnizon (*Lancet*, wrzesień, 1881); daléj w Bombaju, Suracie, Jawie, w Syamie, gdzie zabrała tysiące ofiar, mianowicie w Bankoku. Jestto rzeczą bardzo przykrą, że my w Europie nic wcale a przynajmniéj bardzo mało wiemy o sytuacyi sanitarnéj Indyj wschodnich, t. j. posiadłości angielskich i holenderskich! Jestto wielka do wypełnienia luka ze strony rządów tych krajów wysyłających corocznie 30—40 tysięcy pielgrzymów do Mekki, których z większą lub mniejszą pewnością można uważać za przenośników cholery. Co najmniéj jest bardzo prawdopodobném, że z tych to właśnie ognisk endemo-epidemicznych, że tak powiem tradycyjnych, wyszła także i zaraza grasująca w Arabii. Z drugiéj jednak strony nie należy spuszczać z uwagi, że epidemija cholery istniała w Mekce pod czas pielgrzymki w latach 1871—72, oraz w 1877 i 1878. Tutaj więc przedstawia się kwestyja możebności odnowy zarodków pozostałych w ziemi miasta świętego, jakkolwiek wszystko przemawia za tém, że przeszłoroczna cholera w Arabii była obcego pochodzenia. Epidemija w roku 1877—78 wybuchła i zgasła w saméj prowincyi Hedżaz i w posterunkach sanitarnych w Tor. Przeszłoroczna zaś okazała większą skłonność przerzutową. W każdym razie należy wymagać, ażeby zastosowanie ostrożności higijenicznych było energiczném i wytrwałém. Brak bowiem energii, wahanie się w wyborze środków, opieszałość wreszcie, wszystko na nowo mogą skompromitować. Egipt, Turcyja, Europa cała powinny dołożyć starań, aby zapewnić się, że środki ochronne, tak słusznie zaproponowane przez Konferencyję międzynarodową w Konstantynopolu (1866), ściśle zostaną zastosowane. One to bowiem są jedynym zbawiennym środkiem. A tutaj przecież idzie o zdrowie publiczne całéj Europy. Ztąd więc zawsze, a mianowicie pod koniec uroczystości muzułmańskich, wypada się obawiać, ażeby iskra zrodzona złym stanem higijenicznym Mekki nie dostała się do Europy i nie wznieciła tam nie łatwego do poskromienia pożaru.

Z końcem października zmniejszająca się ilość przypadków cholery w Mekce rozbudziła ogólną otuchę, lecz z nią też i zapał fanatyczny pielgrzymów. Pomimo najenergiczniejszych środków użytych ku powstrzymaniu wszelkiego ruchu podróżnych, orszak ich złożony z blizko 10 tysięcy głów połączywszy się z innym nadeszłym z Dżeddy i Jambo, wyruszył z Mekki do Medyny. Zaraza też, jakby złowieszczy jenijusz, postępowała w ślady za orszakiem, wyrwawszy mu w ciągu podróży 1476 osób, — w chwili przybycia pielgrzymów do miasta z kolebką proroka cholera z nadzwyczajną siłą poczęła grasować w Medynie. W ciągu 9ciodniowego tam pobytu pielgrzymów, zaraza zabiła prawie czwartą część. To samo powtórzyło się po powrocie pielgrzymów do Mekki. Straszna ta plaga jednak nie osłabiła zapału fanatyków wschodnich niechcących się poddać żadnym higijenicznym ostrożnościom. Lekarz urzędowy z Medyny, z którym miałem sposobność spotkania się w Smirnie, w najokropniejszych kolorach przedstawił mi sytuacyję pielgrzymów, podnosząc także i szereg niezwalczonych trudności, które z urzędu wypadało mu pokonać, walcząc z jednéj strony z samą epi-

demiją, a z drugiéj z ciemnemi tłumami adoratorów Proroka muzułmańskiego. Ciekawym faktem jest, że w czasie gdy cholera sprawiała straszne zniszczenie pośród pielgrzymów, mieszkańcy Medyny ucierpieli bardzo mało. Dopiero bowiem po odejściu karawany spostrzeżono sześć przypadków cholery, lecz i to pośród wojskowych tylko. A wreszcie z końcem listopada nie otrzymano ztamtąd żadnych wiadomości o przebiegu zarazy, co pozwalało mniemać, że epidemija tam ustała. Potrzeba jednak nie zapominać, że Medyna jest punktem przejściowym dla licznych karawan powracających do Syryi i Mezopotamii i że po ukończeniu uroczystości w Mekce Medyna staje się punktem zjazdu dla licznych wędrowców, udających się tędy do przystani Jambo. Łatwo więc zrozumieć znaczenie sanitarne Medyny pod względem rozwoju i postępu chorób zakaźnych pośród napływającéj tu masy pielgrzymów.

Ustając w Mekce cholera towarzyszyła powracającym do Dżeddy, gdzie od 7 listopada (pierwszego dnia przybycia tam pielgrzymów) do 27 tegoż miesiąca było 118 przypadków śmierci z cholery, wyłącznie prawie uważanych pośród obcych przybyszów. Można więc przypuścić niejako za pewne, że cholera postępowała za podróżnymi, prawie nie napastując wcale ludności miejscowéj. Przekonywają nas o tém cyfry śmiertelności, uważane w przystani Jambo, gdzie było 113 przypadków śmierci z cholery. To samo w Konfudzie, głównéj przystani Asyru, gdzie zaraza została przeniesioną przez powracających pielgrzymów. Daléj w Kheibez (miejscowości położonéj o trzy dni drogi od Medyny w pobliżu traktu ku Damaszkowi) uważano 147 przypadków śmierci. Wszystko więc zdaje się przemawiać za tém, że prócz powyżéj wykazanych cyfer cholera grasowała jeszcze i w innych punktach prowincyi Hedżaz, zawsze jednak i przeważnie pośród obcych przybyszów. W ogóle zaś można przypuścić pięć tysięcy przypadków śmierci wywołanych przez zarazę indyjską w Arabii w roku przeszłym. Podług statystyki Dżeddy 38 tysięcy pielgrzymów wysiadło w jéj przystani, a 8 tysięcy przybyło drogą lądową, razem więc 46 tysięcy pielgrzymów, z których cholera zabrała 9—10 na 100, t. j. zdziesiątkowała po prostu tę ilość w ciągu dwóch i pół miesięcy. Karawana do Damaszku idąca złożona z 4 tysięcy głów, po wyjściu swém z Medyny nie wiele ucierpiała od cholery. Po odbyciu 10 dniowéj kwarantany w Ein-Zerka, o cztery dni drogi na południe od Damaszku, otrzymała pozwolenie na dalszą podróż. Również powracający ku Irak-Arabi cieszyli się także dobrym stanem zdrowia. Jeżeliby więc pielgrzymi Wschodu azyjatyckiego unieśli z sobą plagę przeszłorocznéj epidemii aż ku cieśninie Bab-el-Mandeb, do Adenu, Bombaju i Indyj, tych najpewniejszych ognisk zarazy, Europa może być spokojną. I pewność jéj będzie tylko wtedy zagrożoną, gdy pośrod 15—20 tysięcy pielgrzymów zachodnich, powracających ku wybrzeżom morza Śródziemnego, zostanie potwierdzony zły lub podejrzany stan higijeniczny, przeciwko któremu zastosowanie środków ochronnych powinno być zawsze tak surowe, jak tego wymaga interes ogólnego zdrowia.

W oczekiwaniu pomyślnego rezultatu umiejętnie zastosowanych środków ochronnych, ważną dla Europy przedstawia się kwestyja, aby wiedzieć, jaką będzie sytuacyja sanitarna stacyj kwarantanowych w El-Wedż i w El-Tor, tych dwóch punktów, które Egipt uznał za najodpowiedniejsze do obserwowania podróżnych dążących ku Mekce wybrzeżami morza Czerwonego? Bo jeżeli na nieszczęście kiedy cholera zdoła się dostać przez kanał suezki, to wtedy na Egipt i tameczny zarząd międzynarodowy spadnie cały ciężar bolesnéj odpowiedzialności.

Jakkolwiek nie ukazały się dotąd jeszcze dokładne sprawozdania o epidemii cholery, któréj wybuch i rozwój w Arabii powyżéj skreśliłem, jestem jednak w stanie zaznaczyć główne jéj cechy kliniczne, opierając się na raportach Dra Ardonina, kierującego stacyjami sanitarnemi w El-Wedż i w El-Tor.

Pierwszym pojawem zarazy była więc klasyczna biegunka z rozwojem powolnym i tylko w wyjątkowych przypadkach mająca szybki początek. Odchody stolcowe były w ogóle wodniste, śluzowate, częste, lecz wolne od kolek, niekiedy zawierające małą ilość krwi, a tylko w rzadkich przykładach ryżowate. Czas trwania cholerycznych biegunek bywał dość długim, od 4—15 dni. Przy silném pragnieniu i wstręcie do pokarmów język bywał biały, szeroki, zwykle zaczerwieniony, z bardzo wydatnemi wyniosłościami swych brodawek. Moczenie rzadkie i trudne. Oddech trudny i przerywany westchnieniami, z uczuciem bólów silnych, gwałtownych, mających siedlisko w okolicy odźwiernikowéj. Brzuch zapadły, womity rzadkie i tylko w początkach choroby. Wychudnięcie bardzo znaczne, głos zmieniony, jakby przerywany. Bezgłos w ostatnich chwilach cierpienia. Oblicze blade, rzadko fijołetowe lub sinawe; wyraz twarzy hipokratyczny na długo jeszcze przed zgonem. Gałki oczne zapadłe; rogówka zamglona i zapadła. Czasem napotykano bezsenność; najczęściéj jednak uważano ospałość. Kurczów i ściągania w odnogach brak prawie zawsze. W ogóle sinica, oziębienie ustroju i odnóg nie bywały bardzo częste i występowały li tylko w ostatnich okresach choroby. Taki więc przebieg przedstawia nam obraz cholery powolnéj, występującéj w postaci choleryny i nieoddziaływającéj silnie i niespodzianie. Jednakże uważano także i kilka przypadków cholery gwałtownéj, szybkiej, z całym szeregiem groźnych jéj przypadów, któréj uległo dziewięciu marynarzy tureckich z parostatku „Babel“, przeznaczonego do przewozu pielgrzymów z Dżeddy do El-Wedż. U tych nieszczęśliwych uważano womity, kurcze, sinicę, oziębienie; przebieg choroby był szybki i napady przedstawiały typową cholerę azyjatycką.

Z wyjątkiem więc cholery typowéj u kilku marynarzy z uzbieranych informacyj wypada, że cholera w Arabii grasowała w roku przeszłym w postaci zarazy, z rozwojem powolnym. Co, uwzględniając stosunki miejsca, gdzie się rozwinęła, jest bardzo cechującém. Bo téż w istocie miała ona do czynienia z pielgrzymami muzułmańskimi, t. j. istotami znużonemi, wyczerpanemi, bardzo mało podlegającemi oddziaływaniu szybkiemu, a pomimo to, ginącemi w dość znacznym stosunku. Być może, że tutaj pierwiastek rasowy i narodowy przyłączył się jeszcze do warunków miejscowości wyjątkowéj. W Indyjach i Kochinchinie dość często uważano tę powolność w rozwoju cholery, mianowicie pośród krajowców, którzy do silnéj rasy europejskiéj pozostają w zupełnie odwrotnym stosunku. Powolny ten rozwój cholery w Arabii przyczynił się także nie mało do łatwego jéj rozpoznania od pierwszéj chwili wystąpienia objawów podejrzanych.

Po tym wyczerpującym przeglądzie mimo woli zdradza się pytanie, co daléj będzie? Kwestyja bowiem przerzutu cholery zawsze jeszcze pozostaje w stanie zagadki czekającéj swego rozwiązania. Nie wiadomo bowiem, czy tak gorąco poparta myśl Komisyi sanitarnéj międzynarodowéj z sie-

dzibą w Wiedniu (p. Sigmund R. *Cholera, Pest und Gelbfieber*) oraz czy stacyje sanitarne w El-Wedż i w El-Tor, w przypuszczeniu, że organizacyja ich będzie najlepszą, odpowiedzą w pełni ogólnym oczekiwaniom, czy staną się istotnie potężną baryjerą, zabezpieczającą Europę od wschodnich plag. Ztąd więc, jeżeli leczenie spoczywa na barkach ludzi bezwarunkowego poświęcenia, to zastosowanie najnowszych środków ochronnych przeciwko nowemu przeniknięciu cholery i morowéj zarazy do Europy niechżeż będzie świętym obowiązkiem najprzód rządów, a późniéj ludzi czuwających nad podtrzymaniem zdrowia publicznego.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 19 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw bieżących fizyk miasta Dr. Buszek uwiadomił zgromadzonych o utrzymywaniu się ciągle pomyślnego stanu zdrowia w mieście i braku wszelkiéj epidemii tudzież o wejściu w życie wypracowanéj przez Komisyję sanitarną instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia, a następnie przytoczył przepisy odnoszące się do sprzedaży wód mineralnych. Przepisy te celem uchronienia publiczności od nabywania wód zepsutych i nieświeżych uchwalono ogłosić na wiosnę roku przyszłego. Radca Magistratu Szymkiewicz przedstawił potrzebę wejrzenia bliżéj w obowiązki stróżów domowych, a r. m. Dr. Jordan zwrócił uwagę na konieczność rewizyi ich mieszkań celem zapobieżenia przepełnieniu. Sprawy te przekazano Magistratowi. Weterynarz miejski Walentowicz wykazał trudność kontroli nad sprzedażą ryb zamrożonych. Zgodnie z jego przemówieniem postanowiono ze względu na nadchodzące właśnie święta, aby weterynarz miejski postępował w téj sprawie zgodnie z obowiązującemi ustawami i własném przekonaniem na przyszłość zaś, aby biuro lekarskie miejskie wypracowało projekt uregulowania sprzedaży ryb ze względu higijenicznego i przedstawiło go Komisyi sanitarnéj. R. m. Dr. Domański, jako referent podkomisyi kanałowéj, przedstawił obecny stan sprawy czyszczenia kanałów i dołów kloacznych i uwiadomił, iż budownictwo miejskie, dotrzymując swego przyrzeczenia, wypracowało w oznaczonym terminie projekt zupełny trasy dla wodociągu z Regulic do Krakowa o tyle od pierwotnego szkicu korzystniejszy, iż bardzo łatwo będzie można w przyszłości w razie potrzeby zasilić wodociąg znakomitą wodą gruntową z Baczyna. Na wniosek tegoż samego radcy miasta uchwalono dyskusyję nad poprawkami do instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia we właściwym czasie wniesionemi odłożyć na późniéj i wezwano Magistrat naprzód, aby postarał się o to, żeby straż ogniowa celem zabezpieczenia publiczności żeńskiéj w razie zapalenia się lekkich sukien podczas balów była zaopatrzona w wiaderka z wodą i mokre koce a następnie, aby ze względu osobliwie na ludzi chorych i kobiety ciężarne polecił wszystkie schody w domach krakowskich zaopatrzyć w poręcze.

Ω **Zurych**. Rada kantonalna odrzuciła na posiedzeniu z d. 20 listopada 128 głosami przeciw 41 petycyję o zniesienie przymusu szczepienia ospy ochronnéj.

Ω **Paryż**. Perier przedłożył Izbie deputowanych wniosek zdążający do uregulowania kwestyi palenia zwłok. Wniosek, podpisany przez wielu wybitnych deputowanych, obejmuje 5 artykułów. Treść ich jest mniej więcéj następująca: Każdemu obywatelowi francuskiemu służy prawo rozporządzenia w ostatniéj woli, czy sobie życzy, aby zwłoki jego spalono lub pogrzebano. Jeżeli zmarły wyraźnie swéj woli nie objawił, wolno pozostałéj rodzinie w téj mierze postanowić, co chce. W przypadkach niezgody co do rodzaju pogrzebu, zaszłéj z jakichkolwiek powodów, ma spór rozstrzygnąć sędzia pokoju najdaléj w ciągu 24 godzin. W razie najmniejszego podejrzenia zbrodni należy przed spaleniem zwłok wykonać obdukcyję.

Ω **Homburg**. Wkrótce ma tu być urządzoną na wzór amerykański wystawa dzieci. Wystawa przyjmuje dzieci do lat 3. Najładniejsze z pośród tych „Babies“ otrzyma 300 marek nagrody. Druga nagroda wynosi 200, trzecia 150 marek. Prócz tego dziecko najcięższe, którego wiek nie dosięga jeszcze jednego roku, otrzyma 100 marek nagrody. Prospekt zapowiada, że wszystkie dzieci, które wezmą udział w wystawie, będą przez czas wystawy jak najlepiéj pielęgnowane i żywione, a nadto otrzymają po równéj części z czystych dochodów wystawy.

Ω **Londyn**. W terminie ostatnich uniwersyteckich egzaminów ubiegało się o stopień „Bachelor“ 237 kandydatów, t. j. 215 płci męzkiéj a 22 płci żeńskiéj. Z 215 studentów uzyskało ten stopień 90, zatém niespełna 42%; z 22 studentek zaś otrzymało go 16, zatém 73%. Z mężczyzn tylko 58 otrzymało dyplom pierwszego stopnia, z kobiet zaś aż 15, tak że z dyplomowanych tylko jednéj przysądzono dyplom drugiego stopnia. Trzeba tutaj nadto podnieść, że wiek studentek był przeciętnie niższym od wieku studentów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 20,6 (22.0 z. t.). Z błonicy umarło 0 (1 z t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 ospianki, 3 odry, 4 płonicy, 5 duru brzusznego. W tygodniu od 26 listopada do 2 grudnia ospa w Londynie nieco się rozszerzyła. Umarło 5, zapadło świeżo 15, leczyło się w szpitalach 70. W Wiedniu umarło 6, w Budapeszcie 5, w Paryżu 11, we Lwowie 12, w Granadzie 26, w Madrycie 32, w Petersburgu 33, w Warszawie 6. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 73, leczyło się w szpitalach 1279. W Aleksandryi umarło 12. Czerwonka złagodniała w Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 3, w Londynie, Madrycie i Maladze po 2, cholera w Hedżaz ustaje.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 listopada do 2 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,0; we Lwowie 45,2; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 28,4; w Wiedniu 24,0; w Budapeszcie 26,2; w Pradze 21,5; w Tryjeście 27,0; w Berlinie 23.6; w Wrocławiu 26,1; w Gdańsku 29,7; w Mnichowie 26,7; w Kolonii 17,7; w Lipsku 22,7; w Dreźnie 23,6; w Bazylei 20,4; w Brukseli 21,1; w Amsterdamie 26,2, w Hadze 33,7; w Paryżu 24,7; w Londynie 21,5; w Kopenhadze 21,6; w Stokholmie 22,3; w Chrystyjanii 21,3; w Petersburgu 23,0; w Odesie 33,5; w Rzymie 20,5; w Wenecyi 33.0; w Bukareszcie 30,7; w Madrycie 37,1; w Lizbonie 22,4; w Aleksandryi 40,0; w Nowym Yorku 22,7; w Filadelfii 18,6; w Bombayu 24,4; w Madrasie 29,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 grudnia. W Towarzystwie lekarskiém odbyły się dziś wybory na rok przyszły. Śród oklasków wybrany został prezesem kol. docent Obaliński; prezesowi ustępującemu zaś doc. Jordanowi jednomyślnie wyrażono uznanie za zasługi przez dwa lata położone a równocześnie wyznaczono komisyję złożoną z wiceprezesa prym. Paszkowskiego, prof. Blumenstoka i doc. Grabowskiego, mającą aż do następnego posiedzenia obmyśleć sposób, w jaki Towarzystwo ma uczcić zasługi swego prezesa. Następnie wybrano wiceprezesem kol. Kwaśnickiego, sekretarzem stałym docenta Jordana. podskarbim prym. Zarewicza, sekretarzem dorocznym kol. Mendelsburga, redaktorem Przeglądu Lek. prof. Blumenstoka, członkami komisyi redakcyjnéj: proff. Korczyńskiego i Oettingera, oraz docentów Jordana i Pareńskiego; delegatami Tow. lek. do Rady Zawiad. Tow. lek. galic koll. Krówczyńskiego i Riegera we Lwowie, delegatem Tow. lek. w komisyi sanitarnéj krakowskiéj prym. Paszkowskiego. Biblijotekarzem pozostaje kol. Murdzieński. W skład komisyi redakcyjnéj Przegl. Lek. wreszcie oprócz wyżéj wymienionych wchodzą nowowybrani: prezes i wiceprezes, podskarbi, oraz delegaci Tow. lek. galicyjskiego prof. Rydel i docent Grabowski, a kol. Dr. Kopff jako sekretarz redakcyi.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Redaktorze!

Znalazłszy w ostatnim numerze Przeglądu lekarskiego uwagę zwróconą do *Gazety Lekarskiéj* z powodu pomieszczonego tamże referatu o odkryciu Dra Horbaczewskiego, pospieszam jako sprawozdawca z objaśnieniem, które rzecz całą zapewne w innem przedstawi świetle w oczach szan. Redakcyi i skłoni ją do po-

mieszczenia w szpaltach swego pisma odpowiedniego sprostowania zarzutu.

Wzmiankę o pracy Dra H. znalazłem w wiedeńskiéj Gazecie wprzód zanim numer Przegl. Lek. mieszczący oryginalny artykuł dostał się do rąk moich. Pospieszyłem więc z zaznajomieniem polskiego ogółu z odkryciem Polaka na podstawie niemieckiego doniesienia, dziwiąc się nawet, że w obcym dzienniku pierwszą o têm odkryciu znajduję wzmiankę. W chwili, gdy numer Przegl. Lek. z pracą Dra H. doszedł do redakcyi *Gazety Lekarskiéj* referat mój był złożony i numer gazety znajdował się na prasie.

O ile w têm nieporozumieniu winna poczta, nie zawsze regularnie rozsyłająca dzienniki zagraniczne, rozstrzygać nie mogę, zapewnić jednak muszę szanowną Redakcyję Przeglądu Lekarskiego, że złéj woli nie było ani z mojéj strony, ani ze strony Gazety Lekarskiéj.

Łączę wyrazy poważania i szacunku. *Dr. Mayzel.*

Z prawdziwą przyjemnością zmieszczamy powyższe oświadczenie szan. kol. Mayzla, i wierzymy, że nie było złéj woli z niczyjéj strony. Pozwolimy tylko sobie zwrócić uwagę szan. Kolegi, że jakkolwiek pisma wiedeńskie, nawet polityczne, pierwéj od Przeglądu wspominały o odkryciu Dra Horbaczewskiego, to jednak krótki opis odkrycia przez autora samego przesłany został naprzód po polsku pismu naszemu, a dotąd jeszcze nie spotkaliśmy się z opisem niemieckim, który się pojawi dopiero w rocznikach Akademii Umiejętn. wiedeńskiéj. Z ważnych powodów położyliśmy nacisk na ten czyn patryjotyczny kol. Horbaczewskiego, zrozumiał go dobrze Časop. lek. česk, i dlatego też sposób sprawozdania w *Gaz. Lek* wywarł tu wrażenie niekorzystne, które w skutek powyższego wyjaśnienia zapewne się zatrze bez śladu.

* Ministerstwo oświecenia potwierdziło nominacyje: Dra Leona Kopffa na asystenta przy klinice chorób skórnych i kiłowych na 2 lata, a Drnda Romana Wodyńskiego na asystenta przy zakładzie anatomii patologicznéj do końca roku szkolnego.

* Otrzymaliśmy od Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu zawiadomienie téj saméj treści, jakie podaliśmy w numerze przeszłym według Dz. Poznańskiego. Zjazd odbędzie się w pierwszéj połowie lipca r. b.; termin ten uważamy za bardzo niestosowny, bo z góry odbiera możność profesorom i docentom uniwersytetów naszych udania się na Zjazd, ponieważ profesorowie do 20 lipca zajęci są obowiązkami urzędowemi.

□ Czytelnicy Przeglądu zapewne przypomną sobie głośną sprawę Dra Lawsona, który otruł swego szwagra akonitynem, w zamiarze odziedziczenia po nim majątku. Lawson działał z nadzwyczajną rozwagą i nie zapomniał ryzykując i własny żywot ubezpieczyć swoje życie na korzyść żony; zbrodniarz został wykryty, przekonany o zbrodnię, a wreszcie powieszony. Pani Lawson zażądała po egzekucyi męża od Towarzystwa ubezpieczeń 25.000 fr.; Towarzystwo ociągało się z wypłatą, gdyż Lawson nie umarł śmiercią naturalną lub z powodu nieprzewidzianego przypadku; powstał proces; sąd orzekł, że śmierć L. nie była samobójstwem, że w chwili wykonania wyroku skazany nie tylko nie wyrażał chęci śmierci, lecz przeciwnie okazał strach i wstręt. Towarzystwo ubezpieczeń wypłaciło pani Lawson 25,000 fr. *(La Presse médicale belge).*

* **Warszawa**. Inspektor szpitali cywilnych, prof. Walter, ma wkrótce przedstawić do zatwierdzenia władz wyższych projekt utworzenia posady prosektora dla wszystkich szpitali cywilnych warszawskich.

Dr. Elsenberg mianowany został ordynatorem oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu żydowskim. (*Gaz. Lek.*)

□ **Praga**. Dzienniki polityczne donoszą, że Wydział lekarski Wszechnicy czeskiéj otwarty zostanie z początkiem 1883/4 roku szkolnego.

Ω **Berlin**. Prof. Liebreich podał do wiadomości na ostatniém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, że po długich próbach otrzymał nowy preparat rtęciowy nader odpowiedni do wstrzykiwań podskórnych. Nowe to połączenie zwie się Formamidem rtęciowym.

□ **Paryż**. Wyszedł tu okazowy numer pedyjatrycznego dziennika: *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance.* Francuzi położyli ogromne zasługi na polu pedyjatryi; wiele cennych dzieł, że tu tylko wymienimy klasyczną pracę Rillieta i Bartheza, stanowi ozdobę literatury lekarskiéj; pomimo to dziennikarstwo francuskie zaniedbało pedyjatryję i dziennik, którego tytuł przytoczyliśmy, jest pierwszą publikacyją peryjodyczną, którą francuska literatura przeznacza wyłącznie chorobom dzieci. Redaktorami są: Dr. Cadet de Gassicourt, prymaryjusz szpitala dziecięcego św. Eugienii, autor cennego podręcznika: O chorobach dzieci, oraz naczelny chirurg szpitala dzieci Dr. Saint Germain, znany z swych prac o tracheotomii.

□ **Rosyja**. Dr. Iwanow zapisał odeskiemu Uniwersytetowi 50,000 rsr.

Często dzienniki rosyjskie donoszą o dobrowolnych okaleczeniach się w celu uchylenia się od służby wojskowéj. *Gołos* w Nrze 319 donosi o sądownie udowodnionym fakcie, że jeden z lepszych chirurgów (felczerów) w okolicy Lublina pozbawiał na żądanie każdego z popisowych jednego oka, biorąc po rublu od oka.

Fundusz żelazny petersburskich lekarzy dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach wynosi w téj chwili 173.000 rsr., oprócz 10,000 rsr., kapitału ruchomego. W r. 1881 korzystało z tego funduszu 49 rodzin. (*Wracz* Nr. 47).

W jednéj z fabryk kijowskich zdarzył się przypadek, że 20-pudowy ciężar przywalił robotnika. Zawezwany lekarz Reiman orzekł, że stwierdził tylko lekki uraz; robotnik wkrótce umarł, a pośmiertne badanie wykazało zdruzgotanie kości miednicy, złamanie 3 żeber i uszkodzenie pęcherza moczowego. (*Zaria* Nr. 246).

Ω **Madryt**. *Tribuna* w obszernym artykule opisuje uroczystość nadania dyplomu doktora przez tutejszy Wydział lekarski pannie Martina Cassells y Bellaspi. Jestto pierwsza hiszpanka, która oddawała się studyjom lekarskim. Za jéj przykładem zapisała się już druga hiszpanka na Wydział lekarski. Wydział lekarski w Walencyi nie przyjął jéj w poczet uczniów, uczynił to zaś Uniwersytet madrycki.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Dr. Baginsky habilitował się jako docent prywatny chorób dzieci. — **Bonn**. Dr. Witzel habilitował się jako docent chirurgii. — **Praga czeska**. Wydział lekarski Uniw. niemieckiego udał się z prośbą do ministerstwa, aby Wydział lek. czeski jak najrychléj urządzono. Równocześnie prosił o systemizowanie katedry histologii i o mianowanie prof. zwyczajnym tego przedmiotu prof. nadzw. Zygmunta Mayera.

* **Wiadomości osobowe**. Prymaryjuszem oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym we Lwowie mianowany został Dr. Grzegórz Ziembicki. — Stopień doktora w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Józef Szajna z Haczowa w Galicyi.

* **Nekrologija**. W Monachijum umarł nagle d. 14 bm. radca dworu Dr. Hecker, profesor położnictwa, autor znany i w piśmiennictwie sądowolekarskiém. — We Wiedniu umarł Dr. Fryderyk Fieber, elektroterapeuta szpitala powszechnego licząc lat 47, a w Tarnowie Dr. Jan Jakubowski, wysłużony lekarz powiatowy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Heringa: Z kazuistyki szpitalnéj oddziału dla chorób gardła, krtani i jam nosowych w szpitalu św. Rocha; Panormowa: Wpływ soli potasowych na tkankę mięśniową.—W *Medycynie* Nr. 50: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurg. U. J. za rok 1881/2 (dok.); Rogozińskiego: Spostrzeżenie zaśniadu groniastego (dok.)

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Piątek d. 29 grudnia r. b. o godzinie 5 po południu w Sali Akademii umiejętności posiedzenie, na którém Dr. Wolfram odczyta sprawozdanie z pracy Scherpfa o powiększaniu się ilości hemoglobiny pod wpływem używania wód żelezistych, oraz poda wiadomość o leczeniu suchotników w Nordenskiold. Następnie odbędą się wybory zarządu Komisyi balneologicznéj na następne trzy lata. Jak najliczniejsze zebranie się członków pożądane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**.

L. 385.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na stypendyjum fundacyi Walentego Szklarskiego ces. Radcy stanu rosyjskiego dla uczniów medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego w kwocie 900 złr. w. a. a to pod następującemi warunkami:

1) O stypendyjum ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu dwóch lat po ukończeniu studyjów. Każdy z ubiegających się powinien zobowiązać się pisemnie, że w razie udzielenia stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

2) Wydział medyczny Uniw. Jagiell. w porozumieniu się z Dyrektorem Biblioteki U. J. udziela stypendyjum co dwa lata w dniu 14 lutego jako w dzień imienin testatora lub na najbliższém posiedzeniu po 14 Lutego przypadającém temu z pomiędzy ubiegających się, który w ciągu swych studyjów najwięcéj odznaczył się moralnym charakterem, talentem i dążności ku głębszéj naukowéj pracy.

3) W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą uprawę naukową pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teoretycznéj bądź praktycznéj; ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego a nie do samege lekarskiege wykonawstwa, wymagać wiec należy dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego już to w pracowniach już to w klinikach, z szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską itp.

4) Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać należy od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia ososobistego jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy na ręce podpisanego najdaléj do końca Stycznia 1883 r.

Kraków dnia 18 Grudnia 1882.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.